

Women living with HIV: the decision to become pregnant

Teixeira, Selma Villas Boas; Silva, Gabriela Santos; Silva, Claudia Santos; Moura, Maria Aparecida Vasconcelos

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Teixeira, S. V. B., Silva, G. S., Silva, C. S., & Moura, M. A. V. (2013). Women living with HIV: the decision to become pregnant. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 5(1), 3159-3167. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-328686>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Free Digital Peer Publishing Licence zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den DiPP-Lizenzen finden Sie hier:
<http://www.dipp.nrw.de/lizenzen/dppl/service/dppl/>

Terms of use:

This document is made available under a Free Digital Peer Publishing Licence. For more information see:
<http://www.dipp.nrw.de/lizenzen/dppl/service/dppl/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

Revista de Pesquisas:
CUIDADO É FUNDAMENTAL Online

ISSN 2175-5361

Ministério da Educação

PESQUISA

WOMEN LIVING WITH HIV: THE DECISION TO BECOME PREGNANT

MULHERES SOROPOSITIVAS AO HIV: A DECISÃO DE ENGRAVIDAR

LAS MUJERES QUE VIVEN CON EL VIH: LA DECISIÓN DE QUEDARSE EMBARAZADA

Selma Villas Boas Teixeira¹, Gabriela Santos Silva², Claudia Santos Silva³, Maria Aparecida Vasconcelos Moura⁴

ABSTRACT

Objectives: To analyze the perception of HIV positive women regarding the decision to become pregnant; investigate women's knowledge about HIV positive health care in the prevention of vertical transmission. **Method:** This is a descriptive and exploratory qualitative research. We used a script of questions and the interviews were taped and later transcribed. **Results:** The study revealed that positive serology for HIV is not a limiting factor for the decision to become pregnant. Although the fear of transmitting the virus is present, it is overcome by the desire to be a mother and the expectation of having a healthy child. **Conclusion:** Reproductive decisions of HIV positive women should be valued during the health care assistance so they can make consciously, democratic and emancipatory life decisions. **Descriptors:** Nursing, HIV seropositivity, Gender.

RESUMO

Objetivos: Analisar a percepção das mulheres soropositivas ao HIV quanto à decisão de engravidar; Investigar o conhecimento das mulheres soropositivas ao HIV a cerca dos cuidados na prevenção da transmissão vertical. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. Foi utilizado um roteiro de perguntas e as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. **Resultados:** O estudo revelou que a sorologia positiva para o HIV não é fator limitante para a decisão de engravidar. Ainda que o medo de transmitir o vírus esteja presente, este é superado pelo desejo de ser mãe e a expectativa de poder gerar um filho saudável. **Conclusão:** A decisão reprodutiva das mulheres soropositivas ao HIV deve ser valorizada durante o atendimento para que estas possam decidir sua vida de forma consciente, democrática e emancipatória. **Descritores:** Enfermagem, Soropositividade ao HIV, Gênero.

RESUMEN

Objetivos: Analizar la percepción de las mujeres VIH positivo la decisión de quedar embarazada; investigar el conocimiento de las mujeres sobre el cuidado de la salud VIH positivos en la prevención de la transmisión vertical. **Método:** Se trata de un enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio. Se utilizó un guión de preguntas y las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas. **Resultados:** El estudio reveló que la serología positiva para el VIH no es un factor limitante para la decisión de quedarse embarazada. Aunque el miedo de transmitir el virus está presente, esto se ve compensado por el deseo de ser madre y espera que genere un niño sano. **Conclusión:** Las decisiones reproductivas de las mujeres VIH positivas deben ser valoradas en el servicio para que puedan decidir su vida consciente, democrático y emancipador. **Descriptor:** Enfermería, Seropositividad al VIH, El género.

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Nery/UFRJ. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAP/UNIRIO. Membro do Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança - NuPEEMC/EEAP/UNIRIO. Mestre pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (UNIRIO). E-mail: selma.villasboas@globo.com. ² Enfermeira pós-graduanda em Prevenção e Controle de Infecções em Serviços de Saúde. Bolsista de Desenvolvimento Tecnológico Industrial do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Ex-monitora da Disciplina Enfermagem na Atenção a Saúde da Mulher da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/EEAP. E-mail: gabrielinha20@hotmail.com. ³ Acadêmica de Enfermagem da UFRJ do 8º período. Estagiária da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Bolsista PET Saúde do Ministério da Saúde. E-mail: claudia.470@hotmail.com. ⁴ Enfermeira. Doutora Associada III do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisadora e membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde da Mulher (NUPEM). E-mail: maparecidavas@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A motivação para a realização deste estudo é oriunda da experiência de uma das pesquisadoras no período de estágio curricular da graduação, durante as atividades de educação em saúde realizadas em um ambulatório de ginecologia e obstetrícia de um Centro Municipal de Saúde, localizado no município do Rio de Janeiro, onde algumas mulheres que possuíam conhecimento do seu status sorológico ao HIV, questionavam se poderiam engravidar sem risco de transmitir o vírus aos seus filhos.

Interessam-nos, fundamentalmente, as circunstâncias que envolvem a mulher soropositiva ao HIV e a decisão de engravidar. Essa descoberta deflagra uma série de questões e desdobramentos porque a gravidez deve(ria) ser uma experiência marcada pela satisfação e felicidade naturalmente contidas na perspectiva de gerar um filho saudável. Entretanto, nesta situação, uma das preocupações das mulheres soropositivas ao HIV é a possibilidade de transmissão do vírus da mãe para ao bebê, seja durante o parto, gestação ou amamentação, denominada transmissão vertical.

Segundo a UNAIDS, a infecção pelo vírus HIV é um grande problema de saúde pública.¹ Estima-se que no mundo haja 33,3 milhões de pessoas infectadas. No Brasil estima-se que haja 592.914 casos acumulados de 1980 a junho de 2010, de infecção pelo vírus HIV. Estima-se atualmente que 207.080 mulheres estejam infectadas pelo vírus HIV no Brasil.² A epidemia entre as mulheres já representa metade dos adultos infectados, com números crescentes em diversas regiões do mundo.¹

Ao considerarmos que 85% das mulheres infectadas pelo vírus HIV estão em idade fértil, deve se considerar a transmissão vertical do vírus HIV, também denominada transmissão materno-infantil uma agravante para a saúde da mulher e saúde da criança.³

A primeira ocorrência de transmissão vertical registrada no Brasil ocorreu em 1984, no estado de São Paulo, onde foram diagnosticados dois pacientes.⁴ O Ministério da Saúde, afirma que em menores de cinco anos, de todos os casos notificados de 1984 a 2009, 94% foram contaminados por transmissão vertical do HIV, que ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê, durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito ou a amamentação.¹

Na ausência de intervenções preventivas, cerca de 25% das crianças nascidas de mães HIV positivas são infectadas, destas, 15% a 25% ocorrem na gestação, 60% no trabalho de parto e parto, e há um risco acrescido de 7 a 20% por exposição ao aleitamento materno.⁵

As taxas de transmissão vertical do HIV sem qualquer intervenção preventiva até 1994 variavam de 12% a 42%, e reduziram significativamente, atingindo taxas menores que 2% nos países que aderiram as medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV, incluindo a oferta de aconselhamento e o teste para a pesquisa do HIV durante a assistência do pré-natal e recomendação do não aleitamento materno. No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que, de janeiro a junho de 2010, 12.824 casos de transmissão vertical foram notificados em crianças menores de 13 anos.⁵

Dentre os fatores associados que podem contribuir para o aumento do risco de transmissão do HIV da mãe para o filho, inclui-se o tempo entre a ruptura das membranas amnióticas e o parto, a quantidade de vírus nas secreções cérvico-vaginais e a quantidade de vírus no leite materno.⁶

Apesar dos avanços com o uso da terapia antirretroviral, o Ministério da Saúde sugere que os principais fatores que ainda dificultam a diminuição das taxas nacionais de transmissão vertical do HIV são o diagnóstico tardio da infecção na gestação, a baixa adesão às

Teixeira SVB, Silva GS, Silva CS *et al.*

Women living with...

recomendações técnicas por parte dos serviços de saúde e a qualidade da assistência.¹

Atualmente o diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS em mulheres ainda ocorrem em estágios mais avançados quando comparado a população masculina que chega aos serviços. O que denota menor visibilidade social deste grupo para o vírus da imunodeficiência.⁷

Segundo o Ministério da Saúde, a maioria das mulheres infectadas possui escolaridade corresponde ao nível fundamental de ensino, que varia de quatro a sete anos. Observa-se que ao longo dos anos houve um aumento proporcional de casos entre a população com oito a onze anos de estudo.²

Fatores econômicos e educacionais como baixos recursos financeiros, baixa escolaridade e acesso restrito a informações e serviços de saúde, influenciam no risco para infecção ao HIV e caracterizam a pauperização da epidemia.⁸

Dessa forma, é necessário combater as iniquidades regionais e vulnerabilidades específicas de cada região e população, tendo as ações de prevenção, tratamento, atenção e apoio ao HIV/AIDS priorizadas de acordo com as necessidades e defasagens existentes.

Ainda assim, a melhora no acesso ao tratamento do HIV/AIDS é notável, contribuindo para a redução do número de novas infecções globalmente e reduzindo a taxas de óbito relacionados à AIDS em muitas regiões.²

Com o advento da terapia antirretroviral aumentou-se a expectativa e qualidade de vida dos portadores do vírus HIV, sendo necessária a reflexão sobre aspectos relacionados ao planejamento familiar, como por exemplo, a decisão de ter filhos ou não.⁹

Os significados que a mulher atribui à maternidade refletem as expectativas sociais e culturais que surgem no imaginário social, assim como condições objetivas e subjetivas vividas, determinando a decisão de ter filhos ou não. Esta decisão também dependerá da análise dos riscos e

benefícios, dificuldades e facilidades que deverão ser enfrentadas pela mulher ao assumir a gravidez, que incluem a escolha individual condicionada por mecanismos sociais, como políticas públicas de saúde, legislação de contracepção e o direito à família.¹⁰

Estudo realizado em um ambulatório da rede pública do Município de São Paulo¹¹ com mulheres soropositivas ao vírus HIV revelou que elas procuram demonstrar que se preocupam com a possibilidade de infecção vertical e que desejam engravidar. Dessa forma, elas esperam que a sociedade reconheça nelas o papel de cuidadoras que priorizam a saúde de seus filhos, sendo responsáveis e capazes de serem mães, não devendo assim, serem privadas das informações necessárias para uma tomada de decisão consciente quanto as suas escolhas reprodutivas.¹¹

Diante da problemática descrita, foi eleito como objeto de estudo a percepção das mulheres soropositivas ao HIV quanto à decisão de engravidar. Nesse sentido, entende-se como percepção a idéia formada, a compreensão, o entendimento o significado.¹²

O estudo tem como objetivos: 1) Analisar a percepção das mulheres soropositivas ao HIV quanto à decisão de engravidar; 2) Investigar o conhecimento das mulheres soropositivas ao HIV a cerca dos cuidados na prevenção da transmissão vertical.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido na sala de espera de um ambulatório de ginecologia de um hospital universitário, situado na zona norte do município do Rio de Janeiro.

A escolha deste cenário justificou-se em função do hospital ser uma instituição de ensino, local de atividades práticas discentes de uma das

Teixeira SVB, Silva GS, Silva CS *et al.*

Women living with...

autoras, assim como ser considerado um hospital de referência no município do Rio de Janeiro, para o tratamento de HIV/AIDS.

Os sujeitos do estudo foram oito (8) mulheres soropositivas ao vírus HIV e que atenderam aos critérios de elegibilidade: serem maiores de 18 anos, estivessem em acompanhamento ambulatorial, não estivessem grávidas, desejassem participar da pesquisa e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados ocorreu em junho de 2011.

A técnica adotada para coletar os depoimentos foi um roteiro de entrevista semi-estruturada. Nessa modalidade de entrevista “o pesquisador constantemente interage com o informante aquilo que combina observação, relatos introspectivos de lembrança e roteiros mais ou menos centrados em algum tema”. As entrevistas foram gravadas em MP4 e, posteriormente, transcritas e analisadas.¹³

Para análise de dados, foram consideradas as entrevistas analisadas a partir do processo de categorização, que “significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso”.¹⁴

Desta forma, procedemos à leitura de todo o material transcrito, confrontando-o com a audição das fitas gravadas. A estratégia visou identificar as características do discurso, levantando contradições, silêncios, choros ou algum sentimento aflorado. Assim, iniciamos o mapeamento dos discursos, a partir dos temas que afloraram durante as entrevistas, que foi possibilitado pela leitura das mesmas, tendo como referencial os objetivos da pesquisa. A organização e o agrupamento dos pensamentos e idéias, contidos nos depoimentos, facilitaram, desta forma, a seleção de categorias temáticas. Para fins de organização, as depoentes são identificadas com as siglas Entrevistada um (1) até o número oito (8).

Este estudo foi desenvolvido de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos estabelecidas na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde¹⁵, com o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle- HUGG -RJ, sob o protocolo nº43/11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Em relação ao perfil socioeconômico, a idade das depoentes variou entre 21 e 42 anos, três (3) eram casadas, quatro (4) solteiras e uma (1) divorciada. Quanto ao grau de escolaridade, três (3) tinham o ensino médio completo, uma (1) o ensino médio incompleto, quatro (4) o ensino fundamental. Possuem em média um filho, quatro (4) mulheres têm histórico de aborto. A renda familiar média foi de um (1) salário mínimo e meio (o salário mínimo federal vigente é de R\$545,00). Seis (6) depoentes residem em bairros da zona norte, uma (1) na zona oeste e uma (1) na Baixada Fluminense, localizados no Estado do Rio de Janeiro.

Para análise qualitativa foi realizado um compilado dos depoimentos respeitando-se individualidade e a especificidade de cada relato, emergindo as seguintes categorias temáticas: 1) O sentido da maternidade e a decisão de engravidar 2) Conhecimento sobre os cuidados na prevenção da Transmissão Vertical.

O sentido da maternidade e a decisão de engravidar

Quanto ao desejo de engravidar sendo soropositiva ao HIV, uma (1) declarou não desejar ter mais filhos e as outras afirmaram que desejam ter mais filhos no futuro. Das sete (7) depoentes que desejavam ter outros filhos, quatro (4) relacionavam o desejo ao fato de estarem empregadas, renda e parceiro que poderiam a vir

Teixeira SVB, Silva GS, Silva CS *et al.*

Women living with...

influenciar negativamente o momento propício para engravidar.

A entrevistada 3 relatou a maternidade como sendo um momento esperado em sua vida, que traria satisfação para sua vida de casada.

Meu maior sonho era ser mãe. Quando eu me casei eu não vi a hora de engravidar e ter uma família de verdade, bonita e saudável, junto com meu marido. (Entrevistada 3)

A gravidez para a maioria das mulheres as remete um momento de felicidade com expectativas de gerar um filho saudável. Quando criança, a maternidade é através da brincadeira de boneca, manifestando o carinho maternal com cuidados como preparar e dar comida, vestir roupa, pentear cabelo e colocar para dormir¹⁷. Não conseguir se tornar mãe pode representar fonte de insatisfação para a mulher e desvalorização da mesma.^{16,18,19}

Dessa forma, a maternidade é socialmente esperada e estimulada desde a infância na vida das mulheres, e a condição de soropositividade ao HIV pode ameaçar esse desejo.¹⁶

Quando minha filha nasceu eu falei “caraca eu to realizada”... Porque minha filha foi desejada, foi programada, foi tudo. Só que veio essa bomba junto, que estragou tudo na minha vida. Tudo! Mas meu sonho era ser mãe. Só que destruiu minha família. Aquele sonho de ser mãe e de ter minha família, eu não realizei. Aí eu me separei da minha filha. Ela ficou morando com o pai, porque eu tive depressão. Eu tive que cuidar de mim, ir varias vezes ao hospital. (Entrevistada 3)

Os discursos também revelam que entre as motivações para a decisão de ter filhos, incluem-se as expectativas do parceiro e/ou da própria família. A presença de um filho pode atuar como fortalecimento das alianças conjugais.²⁰

O relato da Entrevistada 2 expressa a cobrança da filha em ter um (a) irmã (o), cobrança esta que é compreendida pela mãe e reitera o seu próprio desejo de ampliar a família.

A menina me cobra muito isso. Diz que nunca vai ter irmão, que não vai ser tia. Que não sei o que... E ter um outro filho ia ser bom para nossa família, a Gabriela não ficaria tão sozinha. Eu sempre quis ter outro filho e meu marido também. (Entrevistada 2)

A proteção ao filho aparece como característica marcante nos discursos das entrevistadas. Entre as mulheres que desejam ter filhos, a proteção é identificada pelo estímulo em aderir o tratamento profilático plenamente.

Agora é diferente a criança pode nascer saudável, a gente faz um tratamento e pode não contaminar a criança. (...) tem que fazer o tratamento, fazer o pré-natal, ir ao médico. (Entrevistada 6)

Proteger o seu filho significa que essas mulheres estão protegendo também a si mesmas, uma vez que elas entendem que não serão julgadas pela sociedade ao evitar o possível sofrimento de seus bebês.¹¹

No discurso da entrevistada que não deseja ter mais filhos, também são revelados aspectos que evidenciam proteção, porém, por considerar a infecção pelo HIV como algo maléfico a saúde ou que possa trazer risco de vida e sofrimento ao bebê, a mesma adota a estratégia de abster-se de uma gestação.

Mesmo com essa chance de 1%, tem chances. Existe tanta criança com HIV, que eu não gosto nem de pensar. Acho que a criança teria a dificuldade do organismo, a rejeição pela sociedade, logo aparecem os sintomas que mostram. A escola, por exemplo. A primeira coisa que eu fiz quando saiu o laudo de negativo dela, foi levar para escola e mostrar. E eu guardo ele até hoje. (Entrevistada 7)

Dessa forma, ela acredita que não gerando um filho estará poupando um possível sofrimento e impedindo que este se torne vítima da infecção pelo HIV.

O medo de transmitir o vírus HIV foi relatado por seis (6) depoentes - cinco (5) que desejam ter filhos no futuro e uma (1) que não. A infecção é

Teixeira SVB, Silva GS, Silva CS *et al.*

Women living with...

descrita não apenas como algo penoso para a vida dessas mulheres, mas também como um fator ameaçador que pode vitimizar o bebê.

Além do estigma e sofrimento individual da mulher HIV positiva, há também o medo da rejeição e abandono da família, companheiro, amigos, assim como o preconceito da sociedade.¹⁰ O medo é um sentimento humano que precisa de cuidado e atenção para que este não comprometa o enfrentamento das diversas situações da vida.²⁰

Se a gente faz um tratamento à criança não nasce com a doença, mas eu ficaria com muito medo de isso acontecer. A gente não gosta de tomar remédio. Eles passam todos os remédios, o coquetel. Eu não queira que meu filho começasse desde pequenininho tomando remédio. (Entrevistada 1)

Eu sinto medo, muito medo. Você pensa logo. Deus te livrou um, e você agora sabendo vai arriscar. Tem que ver a possibilidade de erro, para mais e para menos. (Entrevistada 3)

Eu fico preocupada do meu filho nascer com esse negocio, eu fico com medo dos exames. Como ele vai nascer, como é que vai ser, de eu ter que planejar minha vida para ver crescer. (Entrevistada 5)

No entanto, entre as mulheres que desejam ter filhos o advento da terapia antirretroviral foi o principal argumento mencionado pelas mulheres para justificar a viabilização da decisão de engravidar e a superação do medo de transmitir o vírus para o bebê.

As expectativas por parte destas mulheres de ter um filho saudável reafirmam a partir da informação de que existem mecanismos de prevenção da transmissão vertical, que podem reduzir o risco a 2% ou menos de transmitir o vírus HIV para o bebê.²¹

Tem que ver a possibilidade de erro, para mais e para menos. Pra mim a porcentagem de 1 a 2% fazendo tratamento é o bastante para me aventurar de novo. (Entrevistada 6)

Agora os tratamentos estão bem avançado, agora na época, há dez anos

atrás só tinha algumas mudanças que não eram como agora. Agora é diferente a criança pode nascer saudável, a gente faz um tratamento e pode não contaminar a criança. (Entrevistada 4)

A maternidade como um direito da mulher, também é mencionada no discurso de uma das depoentes.

A mãe tem direito sim a ter filho, muito mais tomando remédio que evita transmitir o vírus. É um direito que ela tem. (Entrevistada 8)

A negação da capacidade reprodutiva da mulher com HIV não tem respaldo clínico ou ético.²² A discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos é de fundamental importância para o fortalecimento das mulheres e qualidade de vida, independente da vivência, ou não, de HIV.²¹

No que se refere às posturas dos profissionais sobre as questões reprodutivas 70% das mulheres entrevistadas afirmaram que o tema da maternidade nunca foi abordado em seus acompanhamentos terapêuticos. O discurso a seguir ilustra o pensamento de uma das mulheres com relação à prática dos profissionais.

Eu nunca conversei com minha médica a respeito de possibilidade de engravidar. Eu acredito que os médicos são totalmente contra. Acho que se eu chego grávida eu ainda tomo “esporro”. Mas se a gente fizer tudo o que o medico quer, a gente não vive mais. Toma isso, faz aquilo, não pode aquilo... Ah pelo amor de Deus! Hoje em dia, é normal, a gente tem filho normal, ser soropositivo é normal. O preconceito ainda é muito grande (Entrevistada 8).

A compreensão deste grupo de mulheres é que os profissionais de saúde encaram a reprodução como fator potencial para disseminação da infecção pelo HIV, dessa forma a reprodução no contexto HIV é vista como algo negativo e motivo de culpabilização.

O não questionamento em relação à possibilidade de gravidez dessas mulheres, diante do fato delas desejarem engravidar pode ser

Teixeira SVB, Silva GS, Silva CS *et al.*

Women living with...

explicado quando afirmam que os profissionais necessitam melhorar o vínculo terapêutico e práticas comunicacionais, valorizando os sentimentos e a percepção dos indivíduos em relação a sua condição de saúde.²³

Conhecimento sobre os cuidados na prevenção da Transmissão Vertical

Os cuidados no período gestacional, parto e puerpério são compreendidos pelas depoentes como uma possibilidade de evitar a transmissão vertical.

Sabendo que a criança pode não nascer com vírus, tem que se cuidar e cuidar do bebê. Eu tenho consciência e eu faria o melhor para o meu filho, seguiria o tratamento direitinho. (Entrevistada 6)

As entrevistadas identificaram as principais medidas profiláticas, independente de terem realizado ou não, revelando um conhecimento básico sobre o assunto. Sete (7) depoentes mencionaram o uso de terapia medicamentosa; cinco (5) a realização do parto cesárea, caso sua carga viral esteja alta e o parto não possa ocorrer por via vaginal; seis (6) referiram que não devem amamentar e somente, uma (1) mencionou a importância da realização do exame de diagnóstico da infecção pelo HIV no pré-natal.

Esses depoimentos reforçam que as depoentes conhecem as medidas profiláticas a serem realizadas, se estiverem grávidas, com vista a proteger a sua saúde e a de seu filho.

O depoimento abaixo declara a descoberta do vírus na gravidez e salienta a importância da realização do exame de diagnóstico da infecção pelo HIV no pré-natal.

Se eu não tivesse tido a minha filha e realizado o pré-natal eu não teria descoberto o vírus. Ela me salvou. Eu tive muita diarreia, toda hora indo ao banheiro, mas nada que me fizesse pensar que eu tinha o vírus HIV. (Entrevistada 2)

A questão merece um cuidado especial, pois muitas mulheres com HIV têm o diagnóstico

da infecção durante o pré-natal, ou quando seus filhos adoecem.^{8, 24,25}

O diagnóstico precoce do estado sorológico para o HIV torna possível a adoção de medidas que reduzem substancialmente o risco de transmissão vertical do vírus.¹

O Ministério da Saúde preconiza a testagem diagnóstica do HIV no primeiro trimestre ou na primeira consulta pré-natal, repetindo-a no terceiro trimestre. É importante ressaltar que o teste deve ser oferecido e sua realização é voluntária, confidencial e sigilosa, para a gestante e seu parceiro.¹

Nessa perspectiva, apesar dos avanços alcançados com as medidas profiláticas reduzirem consideravelmente a taxa de transmissão materno-infantil, as mulheres soropositivas ao HIV devem ser estimuladas a aderirem essas recomendações e terem acesso a uma assistência de qualidade que garanta o acesso aos procedimentos profiláticos.²¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que a sorologia positiva para o HIV não é fator limitante e em sua maioria não influencia na decisão de engravidar. Ainda que o medo de transmitir o vírus esteja presente, este é superado pelo desejo de ser mãe e a expectativa de poder gerar um filho saudável, que se baseia nas recomendações de profilaxia da transmissão vertical e a terapia antirretroviral.

É necessária a reflexão e ações que visem melhorar a qualidade da assistência prestada à mulher soropositiva ao HIV nos serviços de saúde em relação a questões reprodutivas, pois estas seguem silenciadas com o tratamento baseado em medicamentos e uso de preservativo.

Os profissionais de saúde devem estar disponíveis para o diálogo e entrosados com as questões de gênero, sexualidade e de saúde reprodutiva, sem perder de vista, as dimensões

Teixeira SVB, Silva GS, Silva CS *et al.*

Women living with...

éticas, sociais e culturais que normatizam a vida destas mulheres. Assim, a decisão e o desejo de ter filhos devem ser discutidos no atendimento, visando proporcionar às mulheres informações adequadas sobre as recomendações mais seguras para o planejamento familiar, assim como sobre os cuidados necessários durante a gestação, no parto e no puerpério, respeito seus direitos como cidadãs.

A educação permanente destes profissionais se faz necessária no que diz respeito a como abordar a reprodução no contexto HIV/AIDS. Os desejos e expectativas das mulheres soropositivas ao HIV devem ser valorizados durante o atendimento, numa perspectiva de um atendimento humanizado, para que estas mulheres possam decidir sua vida reprodutiva de forma consciente, democrática e emancipatória.

REFERÊNCIAS

1. Unids. Organização Mundial de Saúde. Programa conjunto das nações unidas sobre HIV/AIDS. Relatório Global sobre a Epidemia de AIDS 2009: sumário geral [Internet]. Brasília, DF; 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Versão preliminar dos dados epidemiológicos de DST, HIV/AIDS. 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
4. Szwarcwald CL, Castilho EA. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. Cad. Saúde Pública, 2000.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa
6. Nacional de DST e AIDS. Plano Operacional para a redução da transmissão do HIV e da Sífilis Congênita. Brasília; 2007
7. Mofenson LM, Fowler MG. Interruption of materno-fetal transmission. *AIDS*. 1999.
8. Santos J.S.N, Buchalla C.M; Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Saúde Pública 2002.
9. Texeira SVB A Descoberta da soropositividade ao HIV na gravidez: A nova realidade, Dissertação de Mestra em Enfermagem da Universidade federal do Estado do Rio de Janeiro, 2005.
10. Siegel K, Lekas HM. AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. *AIDS Official Journal of the Internacional Aids Societ*, 2002.
11. Souza D, Ferreira MC. Auto-estima pessoal e coletiva em mães e não-mães. *Psicol Estud* 2005.
12. Moreno CCGS, Rea MF, Filipe EV. Mães HIV positivo e a não amamentação. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006.
13. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1996.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec-Abrasco, 1992.
15. Minayo, Maria C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
16. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2000.
17. Knauth DR. Subjetividade feminina e soropositividade. Em R. M. Barbosa & R. Parker (Orgs.). Sexualidades pelo avesso: direitos identidades e poder (pp. 121-136). Rio de Janeiro: ISM/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999.
18. Castro APP. Relações de gênero na educação infantil: uma análise a partir da atividade

Teixeira SVB, Silva GS, Silva CS *et al.*

lúdica, dissertação do Programa de pós-graduação de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa.

19. Remennick L. (2000). Childless in the land of imperative motherhood: Stigma and coping among infertile Israeli women. *Sex Roles*.
20. Riessman CK. (2000). Stigma and everyday resistance practices: Childless women in South India. *Gender & Society*, 14, 111-135.
21. Silva N, Alvarenga RA, Ayres JRCM. AIDS e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. *Rev. Saude Publica* 2006.
22. Brasil, Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. 2010.
23. Carneiro A, Cabrita A, Menaia M. A experiência psicológica da gravidez na mulher soropositiva para o HIV Lisboa. [on line]. 2003 set; [citado 11 jun 2010]; 4º Congresso: Disponível em: <http://www.aidscongress.net/pdf.177.pdf>.
24. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *R. C. S. Col.* 2004.
25. Batista CB, Silva LR Sentimentos de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar-Esc. *Anna Nery* vol.11 no. 2 Rio de Janeiro June 2007.
26. Gonçalves TR, Piccinini CA Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/AIDS-Psicol. *USP* vol.18 no. 3 São Paulo Sept. 2007.

Recebido em: 13/02/2012

Aprovado em: 31/08/2012